ANNEXURE I

ANNEXURE

RAMA MEDICAL COLLEGE HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE

MANDHANA KANPUR

CONSENT FORM

I .....son/daughter/wife of.....exercising my free power of choice, hereby give my consent for information related to me to be included in the study "The effect of ER-α variant in conjunction with Vitamin D status on the lipid profile and anthropometry among post menopausal women in Uttar Pradesh (UP).".

.

I understand that my name and identity will be concealed.

Once signed, I cannot revoke my consent.

(To be explain in detail in native language)

सहमति फार्म

मैं .....पुत्र /पुत्री /पत्नी/..... स्वयं इस अध्ययन में भाग लेना रहा/रहीं हूं I मैं स्वयं से संबंधी सूचना इस अध्ययन कार्य में प्रकाशित करने की सहमति देता/देती हूं I मैं समझता/ समझती हूं कि मेरा पहचान गोपनीय रखी जाएगी।

एक बार हस्ताक्षर के पश्चात मैं सहमति रद्द नहीं कर सकता/ सकती हूं I

सहभागी

नाम:.....

हस्ताक्षर/अगुठे का निशान:.....

दिनाक:.....